

第5号様式（第9条関係）

いの町新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) いの町長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被検査者との続柄 _____

次のとおり新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査費用の助成金の交付を申請します。

被検査者	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏 名				<input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年	月	日
	住 所				
	検査日	年 月 日			
	検査医療機関名				
	高齢者施設等区分 右のうちいずれかの区分に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護を提供する施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護を提供する事業所 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス			
	利用開始日	年 月 日			
	施設名称	※入所決定通知書（写）を添付してください。		電話番号	
	申請額 (兼実績額)	円	※交付決定額		
振込先	金融機関名			支店名	
	種別	口座番号			
	フリガナ 口座名義人				